REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

FATORES QUE INFLUENCIAM O PARTO VAGINAL EM MULHERES COM CESÁRIA PRÉVIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Maria Laura Martins de Medeiros
Médica residente de ginecologia e obstetrícia no âmbito da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro no hospital municipal Lourenço Jorge.
https://orcid.org/0009-0006-9971-4223

Palusa Christina Albuquerque Leal de Mattos
Médica preceptora da residência médica de ginecologia e obstetrícia no âmbito da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro no hospital municipal Lourenço Jorge.
https://orcid.org/0009-0003-9982-6258

DOI-Geral: http://dx.doi.org/10.47538/RPS-2026.V3N1
DOI-Individual: http://dx.doi.org/10.47538/RPS-2026.V3N1-05

RESUMO: As taxas de cesariana aumentaram de forma significativa nas últimas décadas, tanto em nível nacional quanto internacional, muitas vezes sem indicação clínica justificável. Esse cenário acende preocupações sobre os riscos cumulativos da cirurgia, especialmente quando repetida, e destaca a necessidade de alternativas seguras. O parto vaginal após cesariana prévia (PVAC/TOLAC) surge como uma estratégia eficaz para reduzir a realização de cesarianas desnecessárias, desde que seja conduzido sob critérios clínicos rigorosos e em ambiente assistencial preparado. Esta revisão sistemática analisou fatores maternos, obstétricos e institucionais que influenciam o sucesso do PVAC, revelando evidências consistentes de que elementos como início espontâneo do trabalho de parto, escore de Bishop favorável, dilatação cervical adequada e ausência de comorbidades aumentam significativamente as chances de êxito. Por outro lado, práticas como indução eletiva precoce, métodos farmacológicos inadequados e condições institucionais desfavoráveis elevam o risco de insucesso e de complicações como ruptura uterina. Os achados reforçam a importância da seleção criteriosa de candidatas, da disponibilidade de equipe treinada e de protocolos assistenciais baseados em evidências. Conclui-se que o PVAC constitui uma alternativa segura quando adequadamente indicada, contribuindo para a redução de cesarianas repetidas e a promoção de um cuidado obstétrico mais humanizado e fundamentado.

PALAVRAS-CHAVE: Cesariana. Parto Vaginal Após Cesariana. TOLAC. Fatores De Risco. Assistência Ao Parto.

FACTORS INFLUENCING VAGINAL DELIVERY IN WOMEN WITH A PREVIOUS CESAREAN SECTION: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Cesarean section rates have risen markedly worldwide in recent decades, frequently surpassing clinical necessity and raising concerns about cumulative maternal and neonatal risks associated with repeated surgical deliveries. Within this context, vaginal birth after cesarean (VBAC/TOLAC) has gained prominence as a safe and effective alternative for many women, provided that clear clinical criteria and adequate institutional support are ensured. This systematic review examined maternal, obstetric, and institutional factors associated with VBAC success, demonstrating consistent evidence that spontaneous labor onset, favorable Bishop scores, adequate cervical dilation, and absence of comorbidities significantly increase the likelihood of successful outcomes. Conversely,

elective early induction, inappropriate pharmacological methods, and limited hospital resources elevate the risk of unsuccessful labor and complications such as uterine rupture. The findings highlight the importance of careful candidate selection, trained professional teams, and evidence-based protocols to guide clinical decision-making. Overall, VBAC stands out as a safe strategy when appropriately indicated, contributing to the reduction of unnecessary repeat cesarean sections and promoting more qualified and humanized obstetric care.

KEYWORDS: Cesarean Section. Vaginal Birth After Cesarean. TOLAC. Risk Factors. Maternal Care.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, observa-se um aumento expressivo das taxas de cesariana em diversos países, evidenciando uma tendência global sustentada por múltiplos determinantes clínicos, institucionais e socioculturais. Revisões internacionais apontam que esse crescimento, embora parcialmente relacionado aos avanços tecnológicos e à maior segurança cirúrgica, também reflete práticas obstétricas que nem sempre se baseiam em indicações clínicas rigorosas, contribuindo para um cenário de intervenções excessivas (Turner, 2023). Paralelamente, estudos de saúde pública têm destacado que a utilização indiscriminada da cesariana pode acarretar complicações maternas e neonatais imediatas e tardias, reiterando a necessidade de reavaliar o modelo atual de assistência ao parto (Thomaidi et al., 2025).

No Brasil, país que figura entre os líderes mundiais em taxas de cesariana, análises recentes revelam que o fenômeno se intensificou nos últimos anos, frequentemente desvinculado de condições clínicas justificáveis. Avaliações ecológicas indicam que fatores socioeconômicos, organizacionais e culturais e não necessariamente condições de risco obstétrico explicam parte significativa desse crescimento, chamando atenção para uma medicalização crescente do nascimento (Silva et al., 2025). Em paralelo, estudos de séries temporais demonstram que a elevação contínua da cesariana acompanha, em algumas regiões, aumento proporcional da mortalidade materna associada a complicações do parto, reforçando a urgência de estratégias para qualificar a assistência e promover vias de parto mais seguras (Neves et al., 2025).

Diante desse cenário, o parto vaginal após cesariana (PVAC), ou trial of labor after cesarean (TOLAC), tem emergido como uma alternativa relevante, desde que realizado sob condições adequadas de segurança. Evidências internacionais demonstram que o PVAC pode reduzir a necessidade de cesarianas repetidas e, consequentemente,

diminuir complicações cumulativas, como placenta acreta e riscos cirúrgicos em gestações futuras (Carauleanu et al., 2021). Além disso, análises multicêntricas em países de baixa e média renda mostram que, quando adequadamente supervisionado, o TOLAC contribui para experiências de parto mais positivas e menor exposição a intervenções cirúrgicas desnecessárias, ainda que exista a necessidade de centros capacitados para manejo emergencial (Tripathi; Riese, 2025).

A decisão clínica sobre tentar o PVAC, contudo, é multifacetada e envolve não apenas variáveis individuais —– como história obstétrica, condições cervicais, intervalo intergestacional e presença de comorbidades —– mas também fatores estruturais, como disponibilidade de equipe treinada, recursos hospitalares e cultura institucional. Revisões recentes destacam que a adequada seleção de candidatas, aliada à avaliação criteriosa dos riscos, pode resultar em elevadas taxas de sucesso, com risco relativamente baixo de ruptura uterina quando comparado à repetição sistemática da cesariana (Wilesa; Pramana, 2024). Essa abordagem reforça a importância da avaliação individualizada e do uso de protocolos baseados em evidências.

Nesse contexto, a síntese do conhecimento por meio de revisões sistemáticas tem papel crucial. Ao organizar, comparar e interpretar criticamente as evidências disponíveis, essas revisões apoiam decisões clínicas centradas na segurança materno-infantil, contribuindo para a formulação de diretrizes que promovam o PVAC de forma ética e responsável. Além disso, fornecem subsídios para reorientar políticas públicas, especialmente em países como o Brasil, onde a taxa de cesariana ultrapassa recomendações internacionais e onde a promoção do parto vaginal quando seguro constitui estratégia necessária para reduzir intervenções desnecessárias e seus impactos cumulativos.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Realizar uma revisão sistemática da literatura para identificar e analisar os fatores que influenciam a ocorrência de parto vaginal em mulheres com histórico de cesariana prévia.

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

Objetivos Específicos

- Descrever os fatores maternos associados ao sucesso do parto vaginal após cesariana (PVAC), como idade, índice de massa corporal, paridade e antecedentes obstétricos.

- Identificar os fatores obstétricos e clínicos que interferem na probabilidade de PVAC, incluindo indicação da cesariana anterior, tipo de incisão uterina, condições do trabalho de parto e complicações gestacionais.

- Avaliar fatores institucionais e assistenciais, como disponibilidade de equipe, protocolos hospitalares e suporte ao parto vaginal.

- Sintetizar as evidências presentes na literatura sobre os principais preditores de sucesso e de insucesso do PVAC.

- Oferecer subsídios para a prática clínica e para a tomada de decisão compartilhada entre profissionais de saúde e gestantes com cesariana prévia.

METODOLOGIA

Foi realizado uma Revião sistematica de literatura conduzida a partir da estratégia PICo, que orienta a formulação estruturada de perguntas de pesquisa e a definição de descritores, permitindo uma busca mais precisa e objetiva nas bases de dados (Galvão; Ricarte, 2019). Neste modelo PICo, a População consistiu em mulheres com cesariana prévia, o Fenômeno de Interesse foi a identificação de fatores que influenciam o sucesso do parto vaginal após cesárea e o Contexto abrangeu diferentes ambientes de assistência obstétrica nos quais ocorre o manejo do TOLAC/PVAC. A partir disso, definiu-se a seguinte questão de revisão: Quais fatores maternos, obstétricos e assistenciais estão associados ao sucesso ou à falha do parto vaginal em mulheres com cesariana prévia?

A revisão sistemática da literatura é um tipo de investigação científica que busca reunir, avaliar criticamente e sintetizar todas as evidências disponíveis sobre uma pergunta de pesquisa bem definida, seguindo protocolos rígidos e reprodutíveis. Segundo Galvão e Ricarte (2019), a revisão sistemática constitui uma modalidade de

pesquisa completa, envolvendo desde a formulação de uma questão estruturada, seleção de bases, elaboração de estratégias de busca e avaliação dos documentos, até a sistematização final dos resultados, tornando-se uma ferramenta essencial para embasar práticas clínicas, políticas públicas e decisões baseadas em evidências.

O processo de elaboração desta revisão sistemática foi desenvolvido em seis etapas principais: (1) formulação da questão norteadora, responsável por orientar toda a busca nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, voltada à identificação dos fatores que influenciam o parto vaginal em mulheres com cesariana prévia; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão, considerando artigos científicos, diretrizes e documentos oficiais publicados entre 2021 e 2025, que abordem preditores de sucesso ou falha do parto vaginal após cesárea (PVAC/TOLAC) e fatores maternos, obstétricos ou assistenciais relacionados ao tema; (3) estabelecimento das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, com o objetivo de padronizar a coleta de dados, incluindo características maternas, histórico obstétrico, condições do trabalho de parto, métodos de indução e desfechos maternos e neonatais; (4) avaliação crítica dos estudos incluídos, com análise de sua qualidade metodológica, verificando rigor, consistência e risco de viés; (5) interpretação dos resultados, identificando pontos de convergência, divergências e lacunas de conhecimento sobre os fatores que influenciam o parto vaginal após cesariana; e (6) organização e apresentação da revisão, estruturada de forma clara, lógica e fundamentada, permitindo síntese consistente das evidências disponíveis.

Para identificar estudos sobre fatores associados ao parto vaginal após cesariana, utilizam se descritores oficiais (MeSH e DeCS) e palavras-chave livres. Os descritores padronizados garantem maior precisão nas buscas, enquanto os termos livres ampliam a sensibilidade das estratégias. Os descritores principais relacionados ao parto vaginal após cesariana incluem: “Vaginal Birth After Cesarean”, “Trial of Labor”, “Cesarean Section”, “cicatriz uterina” e “parto vaginal”. Já os descritores ligados aos fatores associados englobam “Risk Factors”, “Pregnancy Outcome”, “Obstetric Labor Complications” e seus equivalentes em DeCS. Como complemento, utilizam se palavras-chave livres, como VBAC, TOLAC, “parto vaginal após cesárea”, “tentativa de parto vaginal”, “cesárea prévia” e “útero cicatricial”, que ajudam a captar estudos que não utilizam terminologia padronizada.

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

Os termos relacionados aos fatores incluem “fatores maternos”, “fatores obstétricos”, “sucesso do parto vaginal”, “falha do TOLAC”, “preditores” e “taxas de sucesso”. Também aparecem com frequência nos estudos variáveis como idade materna, IMC, paridade, indicação da cesariana anterior, início espontâneo do trabalho de parto, Bishop score e indução do parto, que constituem os principais preditores avaliados na literatura. Após a identificação foram usados os operadores booleanos AND/OR, que foram adaptados para cada base de dados (Tabela 1).

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
PUBMED (MeSH + Keywords)	(“Vaginal Birth After Cesarean”[MeSH] OR “VBAC” OR “Trial of Labor” OR “TOLAC” OR “Vaginal delivery after cesarean” OR “Uterine scar”) AND (“Risk Factors”[MeSH] OR “predictive factors” OR “maternal factors” OR “obstetric factors” OR “pregnancy outcomes”) AND (“Cesarean Section”[MeSH] OR “previous cesarean”) Busca mais sensível: VBAC OR TOLAC OR “vaginal birth after cesarean” AND “risk factors”
SCIELO (DeCS + termos livres)	(“parto vaginal” OR “VBAC” OR “TOLAC” OR “parto vaginal após cesariana”) AND (“fatores de risco” OR “fatores maternos” OR “fatores obstétricos” OR preditores) AND (“cesariana prévia” OR “útero cicatricial”)
LILACS (DeCS – melhor desempenho)	(“Parto vaginal” OR “Parto vaginal após cesariana” OR VBAC OR TOLAC) AND (“Fatores de risco” OR “Fatores associados” OR preditores) AND (“Cesárea prévia” OR “Cicatriz uterina” OR “Cesárea”). Busca avançada: db: (“LILACS”)

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

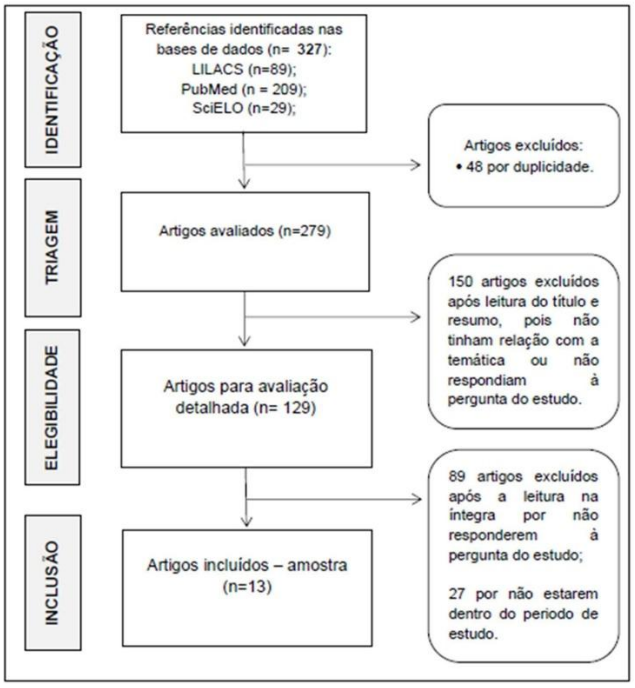
Após a busca por artigos nas bases de dados, o software RAYYAN foi utilizado para revisar e selecionar os artigos de forma sistemática. 1 revisora fez a análise de forma independente, inicialmente excluindo os artigos duplicados e, em seguida, avaliando o título e o resumo dos artigos (Ouzzani et al., 2016). Os artigos que exigiram uma análise mais detalhada foram lidos na íntegra para inclusão ou exclusão.

Para garantir a qualidade dos dados, um formulário padronizado foi utilizado para extrair dados relevantes dos artigos de texto completo finais. Esse formulário incluiu informações sobre a base de dados, título do artigo, autoria, ano de publicação, revista, país, idioma do estudo, objetivo do estudo, estratégia metodológica, resultados e limitações do estudo.

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

Na etapa de interpretação dos dados, os resultados obtidos nos artigos incluídos foram discutidos à luz do conhecimento teórico clássico ou de outra literatura não incluída. Essa discussão destacou as conclusões e implicações para a prática. Por fim, o sumário dos resultados foi apresentado por meio de uma síntese dos dados dos 13 artigos selecionados (Figura 1).

Figura 1: Fluxo do processo de seleção dos artigos para revisão integrativa



Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

RESULTADOS

A partir da análise das evidências científicas foram incluídos 13 estudos que foram organizados em periódico, autor/ano, local do estudo, objetivo principal e desfecho (principais resultados)

Periódico	Autor / Ano	Local do estudo	Objetivo Principal	Desfecho (Principais Resultados)
Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine (2021)	Emmanuel Attali et al., 2021	Centro único, 2011–2017	Investigar a associação entre idade materna avançada e cesárea intraparto, além de avaliar fatores de	• 55.089 mulheres incluídas. • A taxa de cesariana intraparto aumentou progressivamente com a idade materna, especialmente entre

			risco e desfechos perinatais	nulíparas: — >40 anos: 25,3% — <35 anos: 8,9%. • A associação é observada também entre multíparas, porém menos intensa. • Idade materna = fator de risco independente, de forma dose dependente: — 35–40 anos: ORa 1,56 (IC 95% 1,39–1,76). — >40 anos: ORa 2,53 (IC 2,07–3,09). • Não houve associação com aumento de desfechos neonatais adversos. • Conclusão: idade materna avançada aumenta o risco de cesárea intraparto, mas a maioria das mulheres mais velhas ainda tem parto vaginal sem piora neonatal.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2021)	Soares KB; Klein VCG; Lima JARF; Gadenz L; Paulo LE; Konopka CK	Hospital público terciário do Sul do Brasil (2014–2015)	Analisar e comparar a frequência de partos cesáreos e vaginais segundo a Classificação de Robson em dois períodos distintos	• Amostra: 4.010 mulheres. • Taxa geral de cesariana: 57,5%. • Principal indicação: cicatriz uterina por cesariana prévia. • Grupos mais frequentes: Grupo 5 (26,3%) e Grupo 10 (17,4%). • Em 2015: aumento significativo dos Grupos 1 e 3 ($p < 0,001$), acompanhado de aumento dos partos vaginais ($p < 0,0001$) e redução das cesáreas. • Conclusão: A Classificação de Robson é útil para identificar grupos com maior risco de cesariana, monitorar as vias de parto ao longo do tempo e orientar estratégias de redução da taxa de cesárea conforme o perfil das gestantes.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2021)	Figueiró Filho EA, Gomez JM, Farine D.	Hospital terciário no Canadá (1998–2017)	Comparar fatores de risco maternos e perinatais associados à ruptura uterina	• 174 casos de descontinuidade uterina em 169.356 partos (0,1%): 29 rupturas e

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

			completa e à deiscência uterina	145 deiscências. • Deiscência associada a: multiparidade (OR 3,2), IMC elevado (OR 3,4), tentativa de PVAC (OR 2,9), Apgar 5 min baixo (OR 5,9). • Ruptura uterina associada a: prematuridade (36,5 vs. 38,2 sem.), hemorragia pós parto (OR 13,9), histerectomia (OR 23,0) e óbito fetal (OR 8,2). • Não houve associação com idade materna, IG, início do trabalho de parto, RPM espontânea ou artificial, ocitocina, tipo de incisão ou peso ao nascer. • Conclusão: rupturas e deiscências têm perfis de risco diferentes; ruptura continua sendo evento grave, e deiscência também pode comprometer o perinatal.
BMC Pregnancy and Childbirth (2022)	Xiaobo Ele et al., 2022	China (estudo populacional, 2014–2020)	Avaliar os desfechos e fatores de risco associados à falha na tentativa de parto vaginal após cesárea (TPVAC/TOLAC)	• 720 mulheres incluídas. • Sucesso do PVAC: 84,2% (606/720). • Ruptura uterina: 7 casos (nenhum com histerectomia). • Fator associado à falha do PVAC: indução do trabalho de parto (OR = 2,843; p < 0,001). • Fator protetor: maior espessura do segmento uterino inferior (OR = 0,215; p < 0,001). • Conclusão: TPVAC/TOLAC é eficaz para reduzir cesarianas; achados devem ser confirmados em amostras maiores.
Archives of Gynecology and Obstetrics (2022)	D. Dimitrova et al., 2022	Charité University Berlin, Alemanha (2005–2017)	Identificar fatores de risco associados à ruptura uterina completa (RUC) versus ruptura uterina parcial (RUP) e	• 92 casos de ruptura uterina em 64.063 partos (0,14%). • Complicações puerperais mais frequentes em RUC (67,9% vs. 41,1%;

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

			avaliar implicações clínicas	p=0,021). • Paridade ≥ 3 mais comum em RUC (31% vs. 10,7%; p=0,020). • Fatores associados à RUC: paridade ≥ 3 (OR 3,8), parto vaginal prévio (OR 4,4), TPVAC (OR 6,5), uso de ocitocina (OR 2,9). • Único fator independente após análise multivariada: TPVAC (OR 7,4; p=0,017). • TOLAC e cesárea eletiva apresentam desfechos maternos e fetais comparáveis em serviços com alta disponibilidade de recursos. • Partos vaginais prévios não eliminam risco de ruptura.
Cadernos de Saúde Pública (2023)	Santos YRP; Carvalho TDG; Leal NP; Leal MC	Brasil – maternidades participantes da Rede Cegonha	Descrever a satisfação das mulheres com a assistência ao parto e analisar sua associação com características sociodemográficas, clínico obstétricas e boas práticas	• Amostra: 2.069 mulheres respondendo à Avaliação da Rede Cegonha. • Criados 6 fatores latentes por análise fatorial para regressão logística. • Parto vaginal – maior satisfação associada a: — Respeito à puérpera (OR 1,40). — Multiparidade (OR 1,98). — Boas práticas durante trabalho de parto e nascimento (OR 1,24). — Contato precoce com o recém nascido (OR 1,20). • Parto vaginal – menor satisfação associada a: — Hospitais de grande porte (OR 0,62). — Intervenções no trabalho de parto e nascimento (OR 0,83). • Cesarianas – maior satisfação associada a: — Respeito à puérpera (OR 1,47). — Residir nas regiões Centro Oeste (OR 1,91) e Sul (OR 2,00). — Presença

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

				de acompanhante (OR 1,25). • Conclusão: Respeito, boas práticas, protagonismo e acolhimento são elementos-chave da satisfação materna no parto; os achados podem orientar melhorias na qualidade da assistência obstétrica.
BMC Pregnancy and Childbirth (2023)	Kaidong Ma et al., 2023	Shenzhen, China (Hospital Central do Distrito de Longhua, 2015–2018)	Identificar fatores preditivos associados ao sucesso do parto vaginal após cesariana (PVAC) em mulheres submetidas à indução do trabalho de parto com cateter de balão	• 299 mulheres; taxa de PVAC: 69,57% (208/299). • Fatores associados ao maior sucesso de PVAC: — Peso fetal < 4000 g (OR 5,26; IC 95% 2,09–13,27). — IMC < 30 kg/m² (OR 2,27; IC 1,21–4,26). — Escore de Bishop > 6 após amadurecimento cervical (OR 1,94; IC 1,37–2,76). • Conclusão: peso fetal, IMC e Bishop pós amadurecimento foram os principais preditores de sucesso do PVAC após indução com balão.
Tunis Med 2024;102(10):672-676	Hana Hakim et al., 2024	Maternidade terciária (Tunísia)	Identificar fatores de risco para deiscência e ruptura uterina em mulheres com cesariana prévia submetidas a trabalho de parto	• 300 mulheres incluídas. • Sucesso do PVAC: 50,7%. • Cicatriz uterina de boa qualidade: 79%. • Ruptura uterina: 7 casos (2,3%). • Deiscência: 56 casos (18,6%). • Fatores associados ao desfecho: paridade (p=0,004), tipo de cesariana prévia (p=0,001) e intervalo intergestacional. • Macrossomia não se associou a ruptura/deiscência (p=0,135).
American Journal of Perinatology (2024)	Saucedo AM, Macones GA, Cahill	Estados Unidos (dados 1996–2000)	Determinar o risco de ruptura uterina em pacientes com cesárea prévia submetidas à indução	• Com 39 semanas: indução eletiva ↑ risco de ruptura uterina (2,1% vs. 0,9%). • OR ajustado para ruptura:

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

	AG, Harper LM		eletiva do parto com 39 semanas	2,5 (IC 95% 1,3–4,6). • Menor taxa de sucesso de PVAC: 66,8% vs. 75% (ORa 0,6). • Com 40 e 41 semanas: risco semelhante entre indução e conduta expectante. • Conclusão: indução eletiva às 39 semanas ↑ risco de ruptura e ↓ chance de PVAC bem sucedido; trabalho de parto espontâneo não aumentou o risco.
BMC Pregnancy and Childbirth (2024)	Sze Ping Tan et al., 2024	Hospital universitário na Malásia (2018–2022)	Identificar preditores independentes de desfechos maternos e neonatais adversos compostos em indução do trabalho de parto após cesárea prévia (ITCP)	• 19.064 prontuários analisados; 819 ITCP; 98 com desfecho adverso composto. • Variáveis com p<0,10 incluídas no modelo: altura materna, etnia, parto vaginal prévio, indicação da cesárea anterior, indicação para indução e método de indução. • Preditores independentes (modelo final): — Baixa estatura materna (<157 cm). — Uso de dinoprostona vaginal em comparação ao balão de Foley. • Análise pós hoc (incluindo cesárea não planejada): — IMC elevado. — Baixa estatura. — Etnia não chinesa. — Ausência de parto vaginal prévio. — Indicação de cesárea prévia por distocia. — Bishop < 6. • Conclusão: a combinação "baixa estatura + dinoprostona" aumenta significativamente o risco de desfechos adversos na ITCP.
BMC Pregnancy and Childbirth (2024)	Sonja Denjean et al., 2024	Hospital comunitário na Renânia do Norte Vestfália,	Avaliar o risco de ruptura uterina e desfechos maternos/neonatais em mulheres submetidas ao teste	• 91 TOLA2C × 99 CER. • Taxa de sucesso PVAC 2: 55%. • Ruptura uterina completa: 0 casos. • Ruptura incompleta: 3

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

		Alemanha (2015–2021)	de trabalho de parto após duas cesáreas (TOLA2C), comparando com cesariana eletiva repetida (CER)	casos (3,3%), sem impacto nos desfechos neonatais. • Desfechos neonatais semelhantes entre grupos (exceto pH neonatal, p=0,024). • Menor tempo de internação em TOLA2C. • Complicações maternas semelhantes (13,2% vs. 16,2%). • Conclusão: TOLA2C é seguro, com baixo risco de ruptura completa e resultados maternos/neonatais comparáveis ao CER; deve ser oferecido a pacientes elegíveis.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2025)	Reis GS, Lopes LCP, Vendramini ECG, Damaso EL, Borges VTM	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Brasil (2013–2015)	Identificar fatores que predizem o sucesso do parto vaginal após cesariana (PVAC/VBAC)	• 653 mulheres incluídas. • Taxa de PVAC: 49,6% (324/653). • Fatores associados ao maior sucesso de PVAC: — História de parto vaginal prévio. — Dilatação cervical ≥ 4 cm na admissão. — Escore de Bishop ≥ 6. — Início espontâneo do trabalho de parto. — Ausência de hipertensão crônica. — Recém nascidos AIG ou pequenos para IG. • Fatores associados à maior chance de cesariana: — Idade materna avançada. — Desemprego. — Diabetes. — Doenças hipertensivas. • Conclusão: variáveis clínicas simples na admissão (Bishop ≥ 6, dilatação ≥ 4 cm, início espontâneo, peso fetal menor) são fortes preditores de sucesso do PVAC.
Journal of Perinatal Medicine (2025)	Qingwen Nie et al., 2025	Três hospitais terciários no sul da China (2009–2022)	Comparar fatores de risco e desfechos entre ruptura uterina (RU) antes do início do trabalho de parto	• Amostra: 69 RUs (42 pré parto; 27 intraparto). • Pré parto: mais histórico de miomectomia, cirurgias

			vs. durante o trabalho de parto	por ectópica, anomalias uterinas congênitas e RU prévias; maior frequência de placenta percreta (16,7%). • Local da cicatriz: RU em cicatriz de cesárea em 45,2% (pré parto) vs. 81,5% (intraparto). • Idade gestacional: mediana 33 semanas (pré parto) vs. 39 semanas (intraparto); intraparto ocorreu quase sempre ≥32 semanas. • Tempo até o parto: intervalos mais longos no grupo pré parto (desafio diagnóstico e de manejo). • Associação com TOLAC/VBAC: 16/27 intraparto ocorreram durante TOLAC e 4 identificadas após VBAC. • Conclusão: RUs pré parto ligam se mais a cicatrizes não cesarianas e placenta percreta, em gestações mais precoces; intraparto associa se fortemente a TOLAC/VBAC.

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

DISCUSSÃO

No conjunto de estudos incluídos, emergem determinantes clínicos e assistenciais que modulam as chances de um PVAC bem-sucedido. Entre os fatores maternos, a idade exerce efeito consistente: em coorte de grande porte, a idade materna avançada associou-se de forma dose-dependente a maior probabilidade de cesariana intraparto, sobretudo entre nulíparas, sem piora de desfechos neonatais (Attali et al., 2021). Este achado dialoga com evidências nacionais que, embora focalizem distribuição de vias de parto pela Classificação de Robson, indicam que perfis de risco como útero cicatricial dominam o panorama das cesarianas, oferecendo um campo de ação para manejo criterioso do TOLAC (Soares et al., 2021). A síntese desses resultados sugere que a idade por si só não

REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.1 jan./mar. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N1
ISSN: 2965-9957

contraindica o TOLAC, mas demanda aconselhamento individualizado e vigilância intraparto qualificada.

Quanto aos fatores do trabalho de parto, diversos estudos convergem ao apontar que início espontâneo e condições cervicais favoráveis (Bishop ≥ 6, dilatação ≥ 4 cm) aumentam a probabilidade de sucesso do PVAC, ao passo que indução especialmente eletiva às 39 semanas eleva o risco de ruptura uterina e reduz a taxa de êxito (Ma et al., 2023; Saucedo et al., 2024; Reis et al., 2025). Em particular, SAUCEDO et al. (2024) demonstram que a indução eletiva na 39ª semana aumentou a ruptura (2,1% vs. 0,9%; ORa 2,5) e diminuiu o sucesso do PVAC (66,8% vs. 75%), efeito que não se manteve em 40–41 semanas, apontando para a importância do timing na decisão (Saucedo et al., 2024). Em paralelo, Reis et al. (2025), em contexto brasileiro, reforçam o papel preditor de variáveis simples na admissão Bishop ≥ 6, dilatação ≥ 4 cm e trabalho de parto espontâneo como marcadores práticos para seleção de candidatas ao TOLAC com maior probabilidade de sucesso (Reis et al., 2025).

O método de indução também importa. Evidências asiáticas indicam que, em mulheres com uma cesárea prévia submetidas a cateter de balão, IMC < 30, peso fetal < 4000 g e Bishop > 6 pós-amadurecimento se associam a maior sucesso (Ma et al., 2023). Em contraponto, coorte malaia identificou baixa estatura materna e uso de dinoprostona vaginal (vs. balão de Foley) como preditores independentes de desfecho materno-neonatal adverso composto na indução após cesárea prévia; em análise ampliada, IMC elevado, ausência de parto vaginal prévio, indicação prévia por distocia e Bishop < 6 agravaram o risco (Tan et al., 2024). Esses achados, tomados em conjunto, ajudam a calibrar a escolha do método de indução e a estratificação de risco em serviços com diferentes recursos.

No que tange aos desfechos de integridade uterina, o quadro evidencia nuances entre deiscência e ruptura completa. Em estudo canadense, deiscência foi mais associada a multiparidade, IMC elevado e tentativa de PVAC, enquanto ruptura mostrou correlação com prematuridade, hemorragia pós-parto, histerectomia e óbito fetal, sem relação consistente com idade, início do trabalho de parto ou ocitocina (Figueiró-Filho; Gomez; Farine, 2021). Resultados europeus complementam: paridade ≥ 3, TOLAC e uso de ocitocina incrementam a chance de ruptura completa; ainda assim, em cenários de alto recurso, desfechos maternos e fetais de TOLAC vs. cesárea eletiva tendem a ser

comparáveis (Dimitrova et al., 2022). No Norte da África, coorte tunisiana mostrou sucesso do PVAC de ~50%, com ruptura ~2,3% e deiscência ~18,6%, destacando a paridade, tipo de cesariana prévia e intervalo intergestacional como variáveis explicativas (Hakim et al., 2024). Já em análise multicêntrica chinesa, rupturas pré-parto vincularam-se mais a cicatrizes não cesarianas e placenta percreta em idades gestacionais menores, ao passo que rupturas intraparto ocorreram predominantemente no contexto de TOLAC/VBAC um alerta diagnóstico e de manejo diferenciado (Nie et al., 2025).

O debate sobre TOLAC após duas cesáreas (TOLA2C) permanece sensível. Dados de um hospital comunitário alemão apontaram taxa de sucesso de ~55%, sem ruptura uterina completa e sem piora significativa de desfechos neonatais em comparação à cesárea eletiva repetida, com menor tempo de internação evidência de segurança e viabilidade em contextos elegíveis (Denjean et al., 2024). Esse ponto é relevante para sistemas como o brasileiro, onde o Grupo 5 de Robson (cesárea anterior) segue numeroso e impacta a taxa global de cesáreas (Soares et al., 2021).

Para além dos marcadores clínicos, a experiência da mulher surge como dimensão crítica. Em amostra brasileira ampla, respeito à puérpera, boas práticas no trabalho de parto e contato pele a pele associaram-se a maior satisfação no parto vaginal; por outro lado, intervenções excessivas e ambientes de grande porte reduziram a satisfação (Santos et al., 2023). Em termos de implementação, tais achados reforçam que qualidade da assistência—incluindo protagonismo, acolhimento e presença de acompanhante—é parte integral da segurança e do êxito do TOLAC, não mero adendo humanístico (Santos et al., 2023).

Nesse contexto, o conjunto de evidências do seu quadro sustenta três implicações práticas: (1) Selecionar candidatas ao TOLAC com base em preditores clínicos simples na admissão (Bishop, dilatação, início espontâneo), ponderando idade e comorbidades; (2) Planejar o momento e o método de indução com cautela (evitando indução eletiva precoce às 39 semanas quando não houver indicação clínica robusta, preferindo métodos mecânicos em perfis de maior risco); (3) Assegurar ambiente assistencial qualificado, com equipe preparada para monitorar integridade uterina e responder prontamente a sinais de ruptura, sem descuidar de boas práticas que impactam a satisfação e a adesão ao plano de parto.

CONCLUSÃO

A análise realizada permite concluir que o parto vaginal após cesariana (PVAC/TOLAC) representa uma alternativa segura e eficaz para a redução das cesarianas repetidas, desde que conduzido sob critérios clínicos bem estabelecidos e em ambientes com suporte adequado. A síntese das evidências demonstra que fatores maternos, obstétricos e assistenciais influenciam diretamente o sucesso da via de parto, reforçando a importância da avaliação individualizada e da tomada de decisão compartilhada entre profissional de saúde e gestante. Também se evidencia que a adequada organização dos serviços, aliada à capacitação das equipes e ao uso de protocolos baseados em evidências, é fundamental para ampliar a segurança e a previsibilidade dos resultados.

Dessa forma, este estudo contribui para o fortalecimento das práticas obstétricas centradas na qualidade e na segurança, apontando para a necessidade de políticas públicas que promovam o uso racional da cesariana e incentivem, sempre que possível, a tentativa de parto vaginal após cesariana prévia. Ao reunir e analisar criticamente os principais fatores envolvidos no processo, espera-se que as informações apresentadas sirvam como subsídio técnico e científico para profissionais, gestores e pesquisadores comprometidos com a melhoria da assistência ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

ATTALI, E. et al. The risk of intrapartum cesarean delivery in advanced maternal age. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, [S.l.], v. 35, n. 25, p. 8019–8026, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1940936.

CARAULEANU, A. et al. Risk management of vaginal birth after cesarean section (Review). **Experimental and Therapeutic Medicine**, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 1-1, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3892/etm.2021.10545.

DENJEAN, S. et al. Trial of labour after two caesarean sections (TOLA2C) and risk of uterine rupture, a retrospective single centre study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 576, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-024-06763-x.

DIMITROVA, D. et al. Risk factors and outcomes associated with type of uterine rupture. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S.l.], v. 306, n. 6, p. 1967–1977, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00404-022-06452-0.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; GOMEZ, J. M.; FARINE, D. Risk Factors Associated with Uterine Rupture and Dehiscence: A Cross-Sectional Canadian Study. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.l.], v. 43, n. 11, p. 820–825, nov. 2021.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. **Logeion: Filosofia da Informação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 57–73, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73.

HAKIM, H. et al. Risk factors for uterine dehiscence and rupture in case of vaginal birth after cesarean section. **La Tunisie Medicale**, [S.l.], v. 102, n. 10, p. 672–676, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.62438/tunismed.v102i10.5015.

HE, X. et al. Outcomes and risk factors for failed trial of labor after cesarean delivery (TOLAC) in women with one previous cesarean section: a Chinese population-based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 676, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-022-05005-2.

MA, K. et al. Predictors of vaginal delivery following balloon catheter for labor induction in women with one previous cesarean. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 417, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05734-y.

NEVES, S. A. S. et al. Vias de parto e mortalidade materna no Brasil, 2011–2021. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [S.l.], v. 28, n. 1, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2025.v28i1.2005.

NIE, Q. et al. Risk factors and outcomes of uterine rupture before onset of labor vs. during labor: a multicenter study. **Journal of Perinatal Medicine**, [S.l.], v. 53, n. 4, p. 503–508, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1515/jpm-2024-0309.

OUZZANI, M. et al. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, [S.l.], v. 5, n. 210, 2016. Disponível em: https://www.rayyan.ai/cite/. Acesso em: 05 fev. 2026.

REIS, G. S. et al. Predictive factors for vaginal delivery in pregnant women with previous cesarean section: a case-control study. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.l.], v. 47, p. e–rbgo93, 2025.

SANTOS, Y. R. P. et al. Satisfaction with childbirth care in Brazilian maternity hospitals participating in the Stork Network program: women's opinions. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 39, n. 5, e00154522, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN154522. Acesso em: 05 fev. 2026.

SAUCEDO, A. M. et al. Elective Induction of Labor following Prior Cesarean Delivery. **American Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 41, n. 15, p. 2033–2039, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1055/a-2310-9817.

SILVA, K. K. et al. **Panorama das cesarianas no Brasil na última década**. 2025. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/395415022. Acesso em: 05 fev. 2026.

SOARES, K. B. et al. Gestational Risk as a Determining Factor for Cesarean Section according to the Robson Classification Groups. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.l.], v. 43, n. 2, p. 84–90, fev. 2021.

TAN, S. P. et al. Short stature and vaginal dinoprostone as independent predictors of composite maternal-newborn adverse outcomes in induction of labor after one previous

cesarean: a retrospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 455, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-024-06650-5.

THOMAIDI, S. et al. The Rising Global Cesarean Section Rates and Their Impact on Maternal and Child Health: A Scoping Review. **Journal of Clinical Medicine**, [S.l.], v. 14, n. 22, p. 8102, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.3390/jcm14228102.

TRIPATHI, V.; RIESE, S. **Groundbreaking analysis of vaginal birth after cesarean section**. EngenderHealth, 2025. Disponível em: https://www.engenderhealth.org/article/groundbreaking-analysis. Acesso em: 05 fev. 2026.

TURNER, M. J. Delivery after a previous cesarean section reviewed. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.l.], 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1002/ijgo.14854.

WILESA, I. G. N. R. P.; PRAMANA, C. Determinants of Success and Complications in Vaginal Birth After Cesarean Section: A Systematic Literature Review. **International Journal of Social Health**, [S.l.], v. 7, n. 3, 2024. Disponível em: https://ijsh.ph/index.php/rp/article/view/246.

Submissão: outubro de 2025. Aceite: novembro de 2025. Publicação: fevereiro de 2026.